



ELIGIBILITY REVIEW
การทบทวนการมีสิทธิ

หมายเลขประจำตัวหรือหมายเลขเด็กดี

1. ข้อมูลพื้นฐาน: ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล			2. หมายเลขโทรศัพท์ของท่าน		
			บ้าน	ที่ทำงาน	หมายเลขที่ฝ่ายซื่อความไว้ได้
3. ที่อยู่					
เลขที่ ถนน		เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
4. ที่อยู่สำหรับส่งไปรษณีย์ตามไปจากที่อยู่ข้างต้น					
เลขที่ ถนน		เมือง	รัฐ	รหัสไปรษณีย์	
5. ขณะนี้ข้าพเจ้า/เรา ได้รับ		6. ข้าพเจ้า/เรา ต้องการ		7.	
<input type="checkbox"/> เงิน <input type="checkbox"/> แสตมป์อาหาร <input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> การดูแลในสถานพัฒนาคนชรา		<input type="checkbox"/> เงิน <input type="checkbox"/> แสตมป์อาหาร <input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาล <input type="checkbox"/> การดูแลในสถานพัฒนาคนชรา <input type="checkbox"/> การรักษาพยาเสพติด/แอลกอฮอล์ <input type="checkbox"/> อื่นๆ		<input type="checkbox"/> ทำงานมีปัญหาในการพูดอ่าน หรือ เขียนภาษาอังกฤษ หรือ ไม่ <input type="checkbox"/> ทำงานต้องการล้ามแปลง หรือ ไม่ หากต้องการ เราจะจัดหาلامไหแกท่าน <input type="checkbox"/> หากต้องการล้ามท่านพูดภาษาอะไร	
8. หากท่านต้องการให้บุคคลอื่นรับหรือใช้สวัสดิการแสตมป์อาหารของท่าน กรุณากรอกข้อมูลดังต่อไปนี้					
ชื่อของบุคคลนั้น _____ หมายเลขโทรศัพท์ _____					
กรุณากล่าว					
ก. การทบทวนนี้เพื่อพิจารณาว่าท่านยังคงสามารถรับสวัสดิการช่วยเหลือด้านการเงินจากการรักษาพยาบาล และ/หรือ แสตมป์อาหาร ได้ หรือ ไม่ หากท่านต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์มนี้กรุณาแจ้งให้เราทราบ					
ข. กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ให้สมบูรณ์ และ ส่งไปรษณีย์ หรือ ยื่นแบบฟอร์มนี้แก่สำนักงานบริการชุมชนในท้องถิ่นของท่าน ภายในระยะเวลาสิบวัน					
1. เราอาจขอให้ท่านมาที่สำนักงานเพื่อรับการสัมภาษณ์ 2. เราอาจขอให้ท่านพิสูจน์สถานการณ์ของท่านหรือคำตอบที่ท่านกรอกในแบบฟอร์มนี้					
ค. หากขณะนี้ท่านไม่ได้รับสวัสดิการแสตมป์อาหาร แต่ได้ขอสวัสดิการดังกล่าวในค่ำคืนข้างต้น:					
1. เราจะพิจารณารายจำนวนสวัสดิการแสตมป์อาหารของท่านที่จะได้รับขึ้นอยู่กับวันที่เรามีได้รับแบบฟอร์มนี้ 2. ตอบค่ำคืนขอ 13 และท่านอาจได้รับสวัสดิการแสตมป์อาหารภายในระยะเวลาสิบวัน ดัง: ก. ท่านมีรายได้หรือทรัพย์สมบัติน้อย หรือ ข. รายได้และทรัพย์สมบัติของท่านไม่เพียงพอ กับค่าเช่าบ้าน/ค่าผ่อนบ้าน และ ค่าสาธารณูปโภค หรือ ค. ท่านไม่มีที่อยู่อาศัยของตุนเอง หรือ ง. สมมติกในครัวเรือนของท่านประกอบด้วยผู้อพยพ หรือ ชาวไร่ที่ทำไร่เป็นทุ่น					
3. ท่านต้องแจ้งหมายเลขสวัสดิการสังคมหนึ่งหมายเลขแก่เรา หรือ สมมติกในครัวเรือนของท่านทุกคนต้องสมัครขอหมาย เลขประจำบัตรสังคมตามที่กฎหมายบังคับ					
ง. หากขณะนี้ท่านได้รับสวัสดิการแสตมป์อาหารอยู่ และ ต้องการรับแสตมป์อาหารต่อไปกรุณาส่งแบบฟอร์มนี้กลับภายในวันที่ 15 ของเดือนตัดไป เราจะพิจารณาว่าท่านยังคงมีสิทธิ์ที่จะรับแสตมป์อาหาร หรือ ไม่					
กรุณากรอกข้อมูลเหล่านี้ตามความสมควรใจ					
เราขอให้ท่านระบุชื่อชาติ หรือ เพาพันธุ์ของท่านตามความสมัครใจ เราจะไม่ใช้ข้อมูลนี้ในการพิจารณาว่าท่านมีสิทธิ์ในการรับสวัสดิการต่างๆ หรือ ไม่					
<input type="checkbox"/> ผิวขาว <input type="checkbox"/> อิสแปนิค <input type="checkbox"/> ผิวดำ <input type="checkbox"/> อินเดียนแดง/ชา瓦อลาสกา <input type="checkbox"/> เทียดนาม/ลาว/กัมพูชา <input type="checkbox"/> คนเอเชียหรือคนที่อาศัยบนเกาะในมหาสมุทรแปซิฟิกอื่นๆ <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____					

การทบทวนการมีสิทธิ์

ข้อมูลทั่วไป

9. ข้าพเจ้าต้องการความช่วยเหลือพิเศษเนื่องจากข้าพเจ้า:

บกพร่องทางสายตา บกพร่องทางการฟัง อ่านไม่ออก อื่นๆ _____

10. กรุณารายลุคเขียนด้วยตัวท่าน และ ทุกคนที่อาศัยอยู่กับท่านในตารางข้างล่าง กรุณาใช้ชื่อตามกฎหมายของท่าน
อย่าใช้ชื่อเล่นหากท่านไม่ทราบหมายເລກປະກັນສັງຄົມຂອງໃຫວ່າງໄວ

ชื่อ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล)	ความสัมพันธ์กับท่าน	วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี)	หมายເລກປະກັນສັງຄົມ	เพศ ชาย หรือ หญิง	เป็นพลเมือง สนธิรัฐ เป็นไม่เป็น	สำหรับผู้ที่เป็นผู้ดูแล ทำงานเข้าประจำ ทุกวัน หรือไม่ ไม่	กำลังศึกษา อยู่หรือไม่ ไม่
ก.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ข.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ค.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ง.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
จ.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ช.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ฉ.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

หมายເລກປະກັນສັງຄົມ (หมายເລກປະກັນແຕ່ງງານ หรือ นามສຸກສາມ) หรือ หนາຍເລີນປະກັນສັງຄົມອຳນວຍ
กรุณากรอกຂອງນາມສຸກສາມ หรือ หมายເລກປະກັນສັງຄົມນີ້

ชื่ออื่น	หมายເລກປະກັນສັງຄົມ	ชื่ออื่น	หมายເລກປະກັນສັງຄົມ
ก.		ค.	
จ.		ฉ.	

ชื่อ (ชื่อ ชื่อกลาง นามสกุล)	ความสัมพันธ์กับท่าน	วันเดือนปีเกิด (เดือน/วัน/ปี)	วันที่ที่ย้ายออก
ก.			
จ.			
ฉ.			

13. กรุณาตอบคำถามนี้เฉพาะเมื่อท่านไม่ได้รับແສດມป้อหารหรือความช่วยเหลือทางด้านอาหารในเดือนนี้ หรือ เนื่องเมื่อท่านกำลังสมัครงาน

ไม่ใช่

- ส្នើសិក្សាតំងកល់ និង ត้องการស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបានទៅបាន..... តាតាង និងបុច្ចាវង់
 ខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនដឹងនៃបញ្ជីខ្លួន និង ឈឺនៅ..... \$ _____
 ទីនៅខាព័ជា (ເរ៉ា) ត្រូវបានបង់បាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 ទីនៅខាព័ជា (ເរ៉ា) គាត់ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 មេត្រគេងខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 ទីនៅខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) តាតាង និងបុច្ចាវង់
 ខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 ខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) តាតាង និងបុច្ចាវង់
 ខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) \$ _____
 ខាព័ជា (ເរ៉ា) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) តាតាង និងបុច្ចាវង់

14. กรุณาເគ្គនៅឯណាយថានៅខែនេះអ្នកមានបញ្ហាឌីជាមុនបាន

- ទាន់បង្កើត (បានការបង្កើតគិតគុណ) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)
 ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)
 ខ្លួនស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបាន..... ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)
 ខ្លួនស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបាន..... ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)
 ខ្លួនស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបាន..... ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)
 ខ្លួនស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបាន..... ទុកបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង) មិនមែនបានបាន ឬ ឈឺ (រាយក្រឹង)

15. ស្នើសិក្សានំណាយនៃរយៈពេលបាន

16. FOR OFFICE USE ONLY - EXPEDITED SERVICE SCREEN

17. Household eligible for expedited service: YES NO

EXPEDITED SERVICE SCREENER'S SIGNATURE / DATE	DATE
---	------

การทบทวนการมีสิทธิ์

ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

17. สถานภาพการสมรส - ปัจจุบัน ข้าพเจ้า: เป็นโสด แต่งงาน หย่า แยกกันอยู่ เป็นนาย

ใช่ ไม่ใช่

18. สมาชิกในครอบครัวอยู่同กบ้าน

ใช่ _____

ที่ไหน: _____

19. ปัจจุบันข้าพเจ้า (เรา) อาศัยอยู่ที่: บ้านของตนเอง บ้านพักสำหรับครอบครัวผู้ใหญ่ สถานดูแลชุมชน
 บ้านพักรวม สถานบำบัดสำหรับผู้ใหญ่ อื่นๆ _____

20. หากมีบุคคลใดย้ายเข้าครัวเรือนของท่าน หลังจากที่มีการทบทวนสวัสดิการครั้งสุดท้ายของท่าน กรุณาตอบคำถามเกี่ยวกับบุคคลนั้นจากข้อ ก. ถึง ฉ.

ใช่ _____

วันที่ย้ายเข้า: _____

ก. บุคคลนั้นตั้งใจที่จะอยู่ที่รัฐฯ ชิงตัน

ข. บุคคลนั้นได้สมัครขอ หรือได้รับความช่วยเหลือในรัฐฯ ชิงตันหรือรัฐอื่น
 ใช่ ที่ไหน: _____ วันที่: _____

ค. สำหรับครอบครัวที่กำลังสมัครที่มีบิดามารดา (ที่แต่งงานหรือไม่ได้แต่งงาน) อยู่ในบ้าน ให้ระบุชื่อบิดาหรือแม่
 ชื่อของบิดาหรือมารดา: _____

- ก. บุคคลนั้นเป็นพยาบาลศึกษา บุตร หรือภรรยาของพยาบาล
- ก. บุคคลนั้นได้รับอาหารจากโปรแกรมอาหารสำหรับชาวอินเดียนแดง
- ก. บุคคลนั้นเป็นบุคคลต่างด้าวที่มีผู้ให้ความอุปถัมภ์
 ใช่ กรณะบุชช์และท่อขึ้นของผู้อุปถัมภ์: _____

21. ข้าพเจ้า (เรา) เป็นผู้อาศัยที่สำราญที่พักและอาหาร

ใช่ ไม่ใช่

22. ข้าพเจ้า (เรา) คาดคะเนว่าจะมีความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับสถานการณ์ของข้าพเจ้า (เรา) ในอีกสองเดือนข้างหน้า
 ใช่ กรณะอธิบาย: _____

ข้อมูลทางการแพทย์

23. ก. ข้าพเจ้า (เรา) มีบิดารักษายาบาลที่ค้างชำระอยู่

ใช่ ไม่ใช่

ข. ข้าพเจ้า (เรา) ต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับบิดารักษายาบาลในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

ใช่ ไม่ใช่

ค. ข้าพเจ้า (เรา) อยู่ใน หรือ เพิ่งออก หรือ วางแผนที่จะเข้า สถานพยาบาล (เช่น โรงพยาบาล สถานดูแลคนชรา เป็นต้น)

ใช่ ไม่ใช่

ดำเนินการดังนี้ _____

(1) วันที่ที่เข้า

(2) วันที่ที่ออก

(3) วันที่ที่จะเข้า

ก. ข้าพเจ้า (เรา) ได้รับเมดิเคิร์ (Medicare)

ใช่ ไม่ใช่

ก. ข้าพเจ้า (เรา) สามารถได้รับการคุ้มครองโดยโปรแกรม CHAMPUS (ทางการทหาร)

ใช่ ไม่ใช่

ก. ข้าพเจ้า (เรา) มีประกันสุขภาพ

ใช่ ไม่ใช่

(ประกันนี้รวมถึง ประกันได้แก่ตามที่ท่านหรือบุคคลอื่นชำระค่าประกัน เช่น ประกันของเอกชน ประกันการดูแลรักษาระยะยาว ประกันชีวิตเป็นกุญแจมีผ่านที่ทำงาน หรือสหพันธ์แรงงานของท่าน เป็นต้น)

ก. ข้าพเจ้า (เรา) มีประกันการรักษาพยาบาลจากที่ทำงานตลอดระยะเวลา 3 ปี ที่ผ่านมา

ใช่ ไม่ใช่

ก. ข้าพเจ้า (เรา) ได้ปฏิเสธการครอบครุ่นเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่มีจากที่ทำงาน เนื่องจากค่าเบี้ยประกันสูง

ใช่ ไม่ใช่

ก. ข้าพเจ้า (เรา) ได้ประสบอุบัติเหตุ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางแพทย์

ใช่ ไม่ใช่

การทบทวนการมีสิทธิ์

การรับทรัพย์สมบัติ

เงินที่มีอยู่กับตัว (เงินสด)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	จำนวนเงินมูลค่าหักส่วนลด	<input type="checkbox"/>	จำนวนเงินที่ได้รับ	<input type="checkbox"/>
บัญชีเช็ค	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
บัญชีเงินออม/ฝากประจำ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
เครดิตบุญเดือน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
เงินหลังการปลดเกษย์ตน เช่น IRA, KEOGH เป็นตน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
ผู้นำบุคคลอื่นเดือย	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
ทุนทันอัตรากองทุนรวม	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
กองทุนหรือบัญชีเงินรายปี (annuity)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
ประกันชีวิต	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
คาดการณ์ที่ร่ำรวยหนาแน่น (ไม่ใช่ประกันชีวิต)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
เงินสำหรับพิเศษค่าฝึกศึกษา	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
หด自身	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
สัญญาการขาย	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
บ้านที่ท่านอาศัยอยู่ในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
บ้านที่ท่านไม่ได้อาศัยอยู่ในปัจจุบัน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
อุปกรณ์ทางธุรกิจ (เครื่องมือ เครื่องจักร)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
ปศุสัตว์ (มาลวัว ควาย แกะ)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
ป้าไน/พี่ๆ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					
อื่นๆ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$					

ข. ข้าพเจ้า (เรา) มี หรือ กำลังซื้อรถ หรือพาหนะอื่น (รถบรรทุก เรือ รถแคมป์ รถพ่วง รถเตอร์โถม รถขับในhimane รถมอเตอร์ไซค์ เป็นตน)

ใช่ ไม่ใช่

จำนวน

จำนวน

มูลค่า

ค. ข้าพเจ้า (เรา) ใช้พาหนะสำหรับวัตถุประสงค์ทางการรักษาพยาบาล

ใช่ ไม่ใช่

ง. ข้าพเจ้า (เรา) ใช้พาหนะสำหรับการทำงาน

ใช่ ไม่ใช่

จ. ข้าพเจ้า (เรา) ได้ขาย และเปลี่ยน หรือในทรัพย์สมบัติ (งานรายการในข. ก. และ ข. ข้างบน)

ไปช่วงระยะเวลา 2 1/2 ปี ที่ผ่านมา

ใช่ ไม่ใช่

ดำเนินการอ่อนน้อมถ่อมตน:

จะใช่ _____

ให้แก่ใคร

ตรวจสอบ

25. ภ. ข้าพเจ้า (เรา) มีงานทำ หรือได้ทำงานตั้งแต่ก่อนการมีสิทธิ์ในสูวัสดิ์ถาวรสุดท้ายที่ผ่านมา (รวมถึง ธุรกิจของตนเอง)

ใช่ ไม่ใช่

ดำเนินการตรวจสอบรายงานเกี่ยวกับเงินรายได้ของท่านในแต่ละหน้าที่ทางด้านการเงินของท่านเป็นประจำหรือไม่

ใช่ ไม่ใช่

การยกเว้นสิทธิ์			
เหตุผล	ผู้ว่าจ้าง	จำนวนชั่วโมงทำงานต่อเดือน	วันสุดท้ายที่ทำงาน

ช. ข้าพเจ้า (เรา) สามารถทำงานได้ (ผู้ใหญ่)

ใช่ ไม่ใช่

หากไม่ส่วนราชการท่านได้ให้ระบุว่าคุณนั้นและเหตุผล	
เหตุผล	เหตุผล

การทบทวนการมีสิทธิ์

การงาน (ต่อ)

ค. ภายในระยะเวลา 60 วัน ที่ผ่านมา ข้าพเจ้า (เรา) ออกจากงาน ใช่ ไม่ใช่

ถ้าใช่ กรุณาระบุชื่อบุคคลที่ออกจากงาน: _____ ผู้รับ: _____

เหตุผล: เลิกจ้าง ไล่ออก ปฏิเสธงาน อยู่ระหว่างการลาหยุด บาดเจ็บ
 ลาออก อยู่ในระหว่างสตีร์ค ปฏิเสธการฝึกอบรม ความดื้బปาย

รายการได้รับ

26. ข้าพเจ้า (เรา) ได้รับ หรือ สมัคร ขอรับเงินจากแหล่งต่างๆ ดังต่อไปนี้ (ทำเครื่องหมายในช่อง ใช่ หรือ ไม่ใช่ ในแต่ละข้อ)

รายการ	เงินได้	จำนวนคงที่มีรายได้	จำนวน	จำนวนคงที่มีรายได้	จำนวน
รายได้ (ค่าจ้าง)/ค่าคอมมิชชัน (รายการ 21)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
ความช่วยเหลือจากสาขาวรณะ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินชดเชยการว่างงาน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินสวัสดิการประกันสังคม (SSA)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินรายได้เสริมประกันสังคม (SSI)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
สวัสดิการทางรถไฟฟ้า	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินปลดเกษย์ภัย/เงินบำนาญ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
ค่าเลี้ยงดูบุตร/ภรรยา	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
ผลประโยชน์จากการประกัน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
กองทุนหรือเงินรายปี	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินจากผู้เช่า/ผู้พักอาศัย	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินจากญาติ/เพื่อน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
สวัสดิการของหน่วยงานศึกษา	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
แรงงานและอุตสาหกรรม	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
สวัสดิการทางการ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินเดือนจากภาษีรายได้	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
ทุนหรือเงินกู้จากโรงเรียน	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
รางวัลเป็นเงินสด (บิงโก ล็อกเตอร์ เป็นต้น)	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
เงินกู้อื้นๆ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	
รายได้อื้นๆ	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	\$		\$	

รายการขาด

27. ก. ข้าพเจ้า (เรา) มีรายจ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย (ถ้าใช่ ให้ระบุจำนวนด้านล่าง) ใช่ ไม่ใช่

1. ค่าเช่า \$ ภาคอนบาน \$ ภาคสองเรือน \$
 ค่าเอนบาน \$ ค่าปรับเมินบาน \$
 ค่าเช่าที่ \$ ค่าปรับกันบาน \$

2. มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย หรือค่าสาธารณูปโภคของข้าพเจ้าบางส่วน หรือทั้งหมดให้ ใช่ ไม่ใช่

3. ข้าพเจ้า (เรา) มีความรับผิดชอบเกี่ยวกับ: ค่าครุภัณฑ์ที่ทำความสะอาด ใช่ ไม่ใช่

ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสาธารณูปโภค อื่นๆ ใช่ ไม่ใช่

ค่าไฟ ค่าโทรศัพท์ ค่าท่อระบายน้ำ อื่นๆ
 ค่าวีซีเพลิงในอาการทำความร้อน ค่าทิ้งขยะ ค่าน้ำประปา
 (น้ำมัน แก๊ส ไม่ เป็นต้น)

ข. ข้าพเจ้า (เรา) มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลบุตร หรือค่าไฟเลี้ยงบุตร ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุจำนวน \$

ค. ข้าพเจ้า (เรา) ต้องชำระค่าเลี้ยงดูบุตรตามค่าสั่งศาล ใช่ ไม่ใช่ ถ้าใช่ ระบุจำนวน \$

กรุณาอ่านให้ลักษณะก่อนทำการเขียนตัวอักษร

ภาษาไทยเจ้าของ

- ข้าพเจ้า (เรา) ต้องภายนความเปลี่ยนแปลงได้แก่ความเกี่ยวกับสถาบันการณ์ของข้าพเจ้าเป็นลายลักษณ์อักษร ต่อสำนักงานบริการรัฐมนตรีของแผนกบริการสังคมและสุขภาพ (DSHS) ทันที ภายนความเปลี่ยนแปลงที่ข้าพเจ้าก่อให้เกิดการให้สวัสดิการที่ไม่ถูกต้อง
- ข้าพเจ้า (เรา) ต้องจัดหนี้ลักษณะเจ้าของข้าพเจ้า (เรา) มีสิทธิ์รับความช่วยเหลือ DSHS อาจช่วยเหลือข้าพเจ้า (เรา) ในกรณีหลักฐานลักษณะเจ้าของข้าพเจ้า (เรา) หรือค่าตอบแทนที่ไม่ถูกต้อง
- ข้อมูลที่ข้าพเจ้า (เรา) ในวันที่นี้ อาจได้รับการสอบถามโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกลางหรือของรัฐเพื่อตัดสินว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์รับสวัสดิการหรือไม่ และเป็นจำนวนเท่าใด การสอบถามดังนี้ไม่ได้แจ้งให้ทราบจากสำนักงานแห่งที่ทำการสอบถาม
- หมายเหตุประกับสังคมของข้าพเจ้า (เรา) จะถูกใช้โดยหน่วยงานของรัฐบาลกลางหรือของรัฐเพื่อตรวจสอบรูปพรรณของสมาชิกในครัวเรือนของท่าน เพื่อน้องบ้านการรับสวัสดิการข้าซ้อน และเพื่อแยกเปลี่ยนข้อมูลทางคอมพิวเตอร์กับหน่วยงานอื่นๆ (เช่น หน่วยงานประกับสังคมกรมสรraphก ผู้นำจังหวัดและธนาคาร) เพื่อพิสูจน์ยืนยันการมีสิทธิ์รับสวัสดิการ
- โดยการขอและการรับความช่วยเหลือของสวัสดิการและคอมป์อาหาร หรือสวัสดิการครอบครัวที่มีบุตร (AFDC) บุคคลที่อายุระหว่าง 16 ปีถึง 60 ปี อาจจำเป็นต้องทำงานหรือหันการฝึกอบรม
- โดยการขอและการรับสวัสดิการทางการเงิน ข้าพเจ้า (เรา) มอบหมายให้คนที่นั่นนัดให้แก่รัฐบาลตั้ง เกี่ยวกับเงินช่วยเหลือได้ตามทั้งเงินช่วยเหลือบุตร และการศึกษาพยาบาล
- โดยการขอและการรับสวัสดิการทางการรักษาพยาบาล ข้าพเจ้า (เรา) มอบหมายให้คนที่นั่นนัดให้แก่รัฐบาลตั้ง เกี่ยวกับเงินค่ารักษาพยาบาล และการรักษาพยาบาลของบุคคลที่สาม ได้แก่ ที่ปรึกษาเป็นค้าขายพยาบาลตามที่ได้รับการครอบคลุม ในขณะนี้ข้าพเจ้าได้รับสวัสดิการทางการรักษาพยาบาล
- ทางแผนกอาชีวศึกษาในภาคใต้ ในการดูแลรักษาพยาบาลระยะยาวคือจากทัพพี่น้องของข้าพเจ้า (เรา) หากข้าพเจ้า (เรา) มีอายุ 55 ปีหรือมากกว่า ก็จะถูกดูแลรักษาพยาบาลระยะยาวตาม COPES เมดิเคิด (Medicaid) และบริการของสถานพัฒนาสำหรับคนชรา และค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และค่าใช้จ่ายของบ้านพัก
- ข้าพเจ้า (เรา) อาจถูกจำกัดอยู่กับแพทย์เพียงคนเดียว และสถานที่อยู่อาศัยเพียงแห่งเดียว หากข้าพเจ้า (เรา) ใช้สวัสดิการทางการแพทย์ของข้าพเจ้า (เรา) ในทางที่ผิด

กำหนดเงื่อนไขของภาษาไทยของกรุณาอ่านและลงนามในท้ายที่ขาด

หากท่านใช้หรือรับคอมป์อาหาร เพื่อชื้อ หรือขาย อุปกรณ์ หรือวัสดุระเบิดดังๆ ท่านอาจถูกห้ามจากโปรแกรมและคอมป์อาหารอย่างถาวร สำหรับการซื้อขายเครื่องแรก หากใช้หรือรับและคอมป์อาหารเพื่อชื้อ หรือขายยาเสพติด ห้ามจากถูกห้ามจากโปรแกรมและคอมป์อาหารเป็นเวลา 12 เดือน สำหรับการซื้อขายเครื่องแรก และอย่างถาวร สำหรับการซื้อขายเครื่องที่สอง หากท่านจะซื้อขายเครื่องที่สองในเวลา 12 เดือน สำหรับการซื้อขายเครื่องแรก และอย่างถาวร สำหรับการซื้อขายเครื่องที่สาม นอกจากนี้ ศาลมอาจสั่งระงับเพิ่มอีกเป็นเวลา 18 เดือน

- อย่าง:
- ให้ข้อมูลที่ผิด หรือปิดบังข้อมูล
 - แก้เปลี่ยนหรือขายและคอมป์อาหาร หรือบัตรอนุญาตและคอมป์อาหาร
 - เปลี่ยนแปลงบัตรดังกล่าว เพื่อขอรับและคอมป์อาหารมากกว่าที่กำหนดให้
 - ให้และคอมป์อาหารในการซื้อสิ่งที่ห้ามในมีสิทธิ์ เช่น เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และบุหรี่ หรือ
 - ให้และคอมป์อาหารของบุคคลนี้ หรือให้บัตรอนุญาตของบุคคลนี้สำหรับครอบครัวของท่าน

หากท่านเจตนาหรือจะซื้อขายพืชผัก รังน่องคำ เนินคดี และถูกปรับไม่เกิน \$250,000 หรือจำนวนไม่เกิน 20 ปี หรือห้ามจำหน่าย พืชผักที่ห้าม ห้ามซื้อขายพืชผักที่ห้ามคำ เนินคดี และถูกปรับไม่เกิน \$250,000 หรือจำนวนไม่เกิน 20 ปี หรือห้ามจำหน่าย พืชผักที่ห้าม

ไฟเขียวในกระบวนการรับสวัสดิการ

หากท่านถูกศาลตัดสินว่ามีสิทธิ์รับสวัสดิการอย่างผิดกฎหมาย ท่านจะถูกห้ามจากการรับความช่วยเหลือทางการเงิน และทางการแพทย์ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

การปฏิรูปและถ่ายเข็นตัวอักษร

ข้าพเจ้า เท่า (หรือได้รับการขออนุญาต) และเข้าใจข้อมูลในใบสมัครนี้แล้ว ข้าพเจ้า/เราขอปฏิญาณอย่างต่อหน้าที่ว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้า/เรา ให้ไว้ในใบสมัครนี้ เป็นความจริงถูกต้อง และสมบูรณ์ตามที่ข้าพเจ้า/เรา ทราบ ข้าพเจ้า/เรา เจ้าของข้าพเจ้า/เรา อาจถูกฟ้อง控告 ดำเนินคดีทางอาญาได้ หากข้าพเจ้า/เรา รับเงินสด และคอมป์อาหาร หรือการรักษาพยาบาล เนื่องจากข้าพเจ้า/เรา ให้ข้อมูลเท็จโดยเจตนา หรือเมื่อเจตนาที่จะไม่รายงานข้อมูลบางอย่างที่ข้าพเจ้า/เรา ควรจะรายงาน

หากสมัครขอและคอมป์อาหาร ให้สัมมติเพียงคนเดียวเท่านั้น เข็นตัวอักษร

หากสมัครขอความช่วยเหลือทางการเงินหรือทางการรักษาพยาบาล สมาชิกในครัวเรือนทุกคนที่เป็นผู้ใหญ่ต้องเข็นตัวอักษร

ลายเข็นตัวอักษร	วันที่	ลายเข็นตัวอักษรในใบคุณภาพที่เป็นผู้ใหญ่	วันที่
ลายเข็นตัวอักษรของพยาน หากผู้สมัครเข็นตัวด้วยเครื่องหมาย "X"	วันที่	ลายเข็นตัวของพยาน หากผู้สมัครเข็นตัวด้วยเครื่องหมาย "X"	วันที่
ลายเข็นตัวของผู้ชายหรือ	วันที่	ลายเข็นตัวของผู้ชายหรือ	วันที่